

evidente que algunos fármacos originales han sido «fiascos» por otros motivos, y se han tenido que retirar del mercado por su inadecuado balance «beneficio-riesgo». En este sentido, habría que preguntar a las autoridades sanitarias por qué admiten tantos fármacos sin beneficio marginal para el paciente y con costes cada vez mayores.

Cuando decimos que el perfil de eficacia y seguridad debe estar establecido por su continuado uso clínico, queremos decir que ese párrafo de la ley 13/1996³ puede aplicarse también a los genéricos después de su comercialización. Es decir, debemos comprobar en la práctica si sus resultados clínicos son los esperados, porque mucho nos tememos que con la actual y creciente inflación de especialidades se está reproduciendo la situación de las «copias», y es probable que sigamos asistiendo a fracasos terapéuticos para una mala elección de la especialidad terapéutica, como clásicamente han advertido los farmacólogos clínicos.

Por último, quisiéramos concluir con una frase: «El ahorro está en la indicación» no en la selección de la especialidad.

R. Córdoba García

Médico de familia y profesor asociado de la Facultad de Medicina. Zaragoza.

1. Córdoba García R. Especialidades farmacéuticas genéricas: no es oro todo lo que reluce. *Aten Primaria* 1999; 24: 387-389.
2. Muñoz S. Mercado de medicamentos genéricos en el mundo. En: Salgado A, editor. *Medicamentos genéricos*. Barcelona: Rubes, 1999.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 13/1996 de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social de 30 de diciembre de 1996.

Taponamiento cardíaco: sospecha diagnóstica en atención primaria

Cardiología; Taponamiento cardíaco; Urgencias.

Sr. Director: Entre el elevado número de consultas burocráticas, con trasfondo psicossomático o por motivos banales que saturan la consulta del médico de familia (MF), en ocasiones, éste tiene que enfrentarse a enfermedades que se manifiestan de

manera excepcional. Esto hace que deba estar siempre alerta sobre la forma de presentación de las mismas para no omitir su diagnóstico, cuya prontitud puede favorecer un tratamiento eficaz y, por ende, un mejor pronóstico.

Presentamos el caso de una mujer de 23 años sin alergias conocidas, fumadora de 20 cigarrillos/día, sin antecedentes familiares de interés. Refería que 2 semanas antes había comenzado con un cuadro de distermia, escalofríos y malestar general, que cedió con tratamiento sintomático. Posteriormente acudió en 3 ocasiones a urgencias del hospital con clínica de dolor centrotorácico, sin irradiación y acompañado de palpitaciones y náuseas, siéndole realizadas exploración física y pruebas complementarias (analítica, radiografía de tórax, ecografía abdominal y electrocardiograma) sin objetivarse una patología definida.

Una semana después de su última valoración hospitalaria acudió al centro de salud refiriendo persistencia del dolor, que aumentaba con la inspiración profunda y se acompañaba de tos irritativa, sensación de opresión precordial y disnea de esfuerzo.

En la exploración física, junto a una frecuencia de 114 lat/min y una TA de 120/78 mmHg, destacaba aumento de presión venosa yugular, auscultación cardíaca rítmica sin soplos ni ruidos, disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha, hepatomegalia dolorosa de unos 4 cm y edemas en miembros inferiores. El electrocardiograma evidenció un ritmo sinusal a 100 lat/min, con eje QRS cambiante y disminución del voltaje de forma generalizada, y la radiografía de tórax mostró derrame pleural derecho y cardiomegalia global.

Ante la alta sospecha de taponamiento cardíaco (TC), la paciente fue remitida al hospital para la realización de ecocardiograma que demostró derrame pericárdico con datos ecográficos de TC. El estudio etiológico del mismo reveló la existencia de un linfoma linfoblástico T de alto grado.

El TC se produce por acumulación de líquido en el pericardio en cantidad suficiente para producir una obstrucción grave de la entrada de la sangre en ambos ventrículos. La causa más frecuente de TC son las neoplasias (35-50%); sin embargo, el TC como primera manifestación de un proceso neoplásico es excepcional^{1,2}.

La mayoría de los síntomas y signos del TC son inespecíficos, pero la presencia de ingurgitación yugular (presente en el 100% de los casos), disnea, ortopnea, un área de matidez aumentada en la cara anterior torácica y la congestión hepática ayudan a sospechar esta entidad. El signo más característico, aunque no patognomónico, es el pulso paradójico (disminución inspiratoria de la presión arterial sistólica superior a 10 mmHg).

La disminución de la presión arterial, la elevación de la presión venosa y unos tonos cardíacos apagados, pueden ser la forma de presentación si se produce un desarrollo rápido del cuadro. Presentaciones atípicas pueden ser dolor abdominal, náuseas, sensación vaga de opresión precordial, arritmias auriculares, febrícula, leucocitosis o pérdida de peso³.

El electrocardiograma puede mostrar bajo voltaje y sobre todo alteración eléctrica de las ondas P, T y del complejo QRS. En la radiografía de tórax puede observarse cardiomegalia, derrame pleural y prominencia de la vena cava superior. El diagnóstico de confirmación se realiza con ecocardiografía, si bien de forma excepcional puede ser necesario realizar un cateterismo cardíaco. El tratamiento consiste en la realización con prontitud de pericardiocentesis evacuadora. El análisis citológico del líquido pericárdico puede sugerir el diagnóstico.

El comienzo de un linfoma linfoblástico T de alto grado como TC es excepcional^{4,5}. Esta asociación se considera además como de mal pronóstico, siendo la supervivencia global inferior a 10 meses. A pesar de ello, en pacientes jóvenes, cuando el diagnóstico precoz permite instaurar el tratamiento quimio y/o radioterápico adecuado, esta patología es potencialmente curable⁵.

En nuestro caso, a pesar de que la paciente había sido valorada en 3 ocasiones previas en urgencias sin objetivarse patología, una anamnesis y exploración física minuciosas, junto con los datos obtenidos por pruebas complementarias (radiografía de tórax y EKG) al alcance del MF, permitió establecer la sospecha diagnóstica de TC, que se confirmó posteriormente con el ecocardiograma, instaurándose un tratamiento quimioterápico precoz, que transcurridos 6 meses ha conseguido mantener a nuestra paciente en remisión completa.

El MF debe estar siempre atento frente a pacientes con sintomatología atípica o persistente, incluso si han sido valorados previamente en el ámbito hospitalario.

**E. Cerrada Cerrada,
M.A. Barajas Gutiérrez
y G. García Sánchez**

Centro de Salud Dr. Mendiguchía.
Leganés (Madrid).

1. Haskell RJ, French WJ. Cardiac tamponade as the initial presentation of malignancy. *Chest* 1985; 88: 70-73.
2. Manito N, Roca J, García J, Domínguez de Rozas JM. Taponamiento cardíaco: revisión clínica de 53 casos. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 1-4.
3. Krisanda TJ. Atrial fibrillation with cardiac tamponade as the initial manifestation of malignant pericarditis. *Am J Emerg Med* 1990; 8: 531-533.
4. Nicolás JM, Villalta J, Antúnez E. Taponamiento cardíaco como presentación del linfoma. Aportación de un caso y revisión de la literatura. *An Med Intern* 1990; 7: 77-79.
5. Babu KG, Radheshyam, Naresh, Lalitha N. Cardiac tamponade: a rare manifestation of non-Hodgkin's lymphoma. *JAPI* 1993; 41: 43-45.

Autocuidado para patologías agudas en atención primaria. Resultados de un estudio cualitativo

Autocuidado; Investigación cualitativa.

Sr. Director: Se define *autocuidados* como las actividades dirigidas al reconocimiento y evaluación de síntomas y la respuesta a ellos en la vida cotidiana¹. Son el primer paso en la asistencia sanitaria, ya que un 60-85% de problemas de salud no llega a la consulta médica.

Es básica, pues, su potenciación. Pero existe una principal dificultad: conocer qué acciones se pueden considerar correctas y cuáles son desaconsejables^{2,3}.

El *objetivo* de este estudio es conocer las actividades de autocuidado que realiza nuestra población, su adecua-

ción, potenciar las correctas mediante un programa educativo y ver las repercusiones de éste en la frecuentación de las consultas de MF y en la calidad del autocuidado. Para valorar la adecuación de las actividades de autocuidado, y como estudio preliminar, formamos un *grupo focal o de discusión*, herramienta básica para estudios cualitativos y especialmente en atención primaria⁴.

El grupo focal se formó con 9 médicos de familia y 2 enfermeras de 5 áreas básicas del Vallés, elegidos principalmente por haber mostrado interés en el tema. Se realizaron 2 sesiones de 2 horas de duración, con moderador, secretario y observador (miembros del equipo investigador), en las que se discutía sobre las acciones de autocuidado que la población realiza en los problemas de salud que son motivo de mayor frecuentación, y siempre según la experiencia de los participantes.

Las acciones se catalogaban de adecuadas, neutras e inadecuadas, y también se valoraban los síntomas de alarma en dichos problemas.

En la discusión sobre el propio hecho del autocuidado, la opinión general es que son poco conocidos, y aunque alguno se sepa que es efectivo, no se recomiendan, quizá por miedo a perder «valía» como profesional de la medicina. También había consenso en que es importante potenciar los autocuidados, pero con precaución, porque podría tenderse a pasar por alto también síntomas importantes. Se llegó a conclusiones diferentes según cada problema agudo, desde la valoración médica como primera medida (heridas), hasta acciones preventivas como principal recurso (odontalgia, lumbalgia). Todas las acciones se catalogaron como adecuadas, inadecuadas o neutras. Como ejemplos, la toma de antibióticos fue siempre considerada como inadecuada, los analgésicos eran casi siempre adecuados, mientras que la mayoría de remedios caseros eran acciones neutras. Los síntomas de alarma quedaron claros para el grupo, pero no hubo tanto acuerdo en el tiempo de espera para consultar que se debe recomendar. Se comentaron diversas estrategias para la difu-

sión de las medidas de autocuidados, implicando a la familia, la comunidad, los profesionales (médicos, farmacéuticos, asistentes sociales, etc.) y los medios de comunicación (especialmente locales).

El principal resultado fue llegar a un consenso importante sobre la adecuación o no de determinadas medidas de autocuidado. Las actividades detectadas en nuestro grupo son similares a las de otros estudios, e igualmente obtenemos que la mayoría de ellas son apropiadas, y sólo una minoría son peligrosas (2% en estudios de Wilkinson)^{2,3,5,6}. Se plantearon al aire incluso propuestas «atrevidas», como la realización de un ensayo clínico valorando la efectividad de alguno de los remedios caseros «de toda la vida». Este trabajo nos ha permitido conocer las posibilidades de la técnica del grupo de discusión para estudios cualitativos, especialmente en atención primaria.

**M. Queralt Alcaraz, T. Mur Martí,
T. Clanchet Aisa, M. López
Olivares, R. López Moya
y A. Castaño Pérez**

CAP Terrasa Sud (Mútua de Terrasa).
Barcelona.

1. Llauger MA, Contijoch C. Autocuidados y atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 267-270.
2. Nebot M, Llauger MA. Autocuidado de los trastornos comunes de salud: resultado de una encuesta telefónica a la población general. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 420-424.
3. Wilkinson IF, Darby DN, Mant A. Self-care and self-medication: an evaluation of individuals health care decisions. *Med Care* 1987; 25: 965-978.
4. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997; 315: 740-743.
5. Tejedor N, Zafra E, Sánchez del Viso Y, López Muñoz A, Vidal C, López de Castro E. Trastornos comunes de salud, autocuidado y automedicación. *Aten Primaria* 1995; 16: 13-18.
6. Clanchet T, Navazo I, Llor C, Llovet D, Vila A, Alaman E. Medidas de autocuidado registradas ante patologías agudas en atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 11: 165-169.